



Заявка на отримання фінансової медичної допомоги від лікарень штату Нью-Йорк

Ви можете отримувати фінансову медичну допомогу для оплати рахунків, якщо ви не застраховані, ліміт покриття вичерпано, або у вас є медичне страхування й ви можете підтвердити свої медичні витрати на суму понад 10% від доходу. Заповнюючи цю форму, ви подаєте заявку на отримання пільг. Цей бланк є однаковим для всіх лікарень штату Нью-Йорк (New York State, NYS).

Заявку необхідно надрукувати однією з основних мов¹, якими здебільшого спілкуються пацієнти лікарні.

Дані пацієнта (надайте всю застосовну інформацію)

Ім'я, прізвище й по батькові		
Дата народження (дд/мм/рррр)		
Адреса		Номер квартири/корпусу
Місто	Штат	Поштовий індекс
Номер телефону		
Ім'я і прізвище батька/матері/опікуна або законного представника (якщо пацієнт неповнолітній чи недієздатний)		
Електронна адреса (якщо є)		

Інформація про членів родини

Укажіть нижче всіх членів сім'ї, Наприклад себе, чоловіка/дружину, співмешканця/співмешканку, дітей або утриманців. До складу вашої родини належать усі, хто вказаний у вашій податковій декларації.

Валовий дохід – це дохід до вирахування податків.

Він може складатися з трудового заробітку (зарплати, чайових, доходу від самозайнятості), пасивного заробітку (соціальних виплат, допомоги у зв'язку з інвалідністю й безробіттям), внесків (коштів від членів сім'ї або друзів) і інших джерел доходу (тимчасової та одноразової соціальної допомоги).

¹ Основна мова – це мова, якою спілкуються пацієнти щонайменше під час 5% візитів на рік, або та, якою розмовляють понад 1% людей, що перебувають у центрі первинної медико-санітарної допомоги. Такі показники розраховуються на основі демографічних даних Бюро перепису населення США (United States Bureau of the Census) і відомостей системи освіти.



Повне ім'я	Ким приходитьсья	Загальний валовий дохід (поточний)
	Пацієнт	

Адміністрація лікарні може попросити вас надати документи для підтвердження доходу, як-от платіжну відомість, лист про працевлаштування від роботодавця (якщо є) або Форму 1040.

Статус медичного страхування

Чи є у вас будь-яка форма медичного страхування, зокрема допомога від Medicaid, Medicare, приватне страхування від роботодавця або страхування, яке ви придбали самостійно? Так Ні

Якщо ваша відповідь “ні”, то чи хотіли б ви подати заявку на отримання пільг за однією із цих програм?

Так Ні

Недостатньо застраховані пацієнти – це особи зі страховкою, які мають високі медичні витрати. Якщо у вас є страховка, зазначте суму, яку ви сплатили за останні 12 місяців.

\$

Адміністрація лікарні може попросити вас надати документи, що підтверджують ці витрати.

Інформація для пацієнта або її відповідальної сторони. Якщо цю форму підписує не пацієнт, укажіть ім'я і прізвище людини, яка має право це зробити від імені хворого (наприклад, чоловіка/дружини, батька/матері, законного представника).

Я розумію, що мою інформацію можуть перевіряти сторонні особи. Я підтверджую, що вона є правдивою і повною, наскільки мені це відомо.

Ім'я і прізвище (друкованими літерами)	Дата
Ким приходитьсья пацієнту	
Підпис	



Мінімальні вимоги прийнятності й рекомендації

Терміни подання заявки, права пацієнта й питання конфіденційності

- Подати заявку на отримання фінансової допомоги можна на будь-якому етапі стягнення плати за послугу(-и).
- Ви не зобов'язані вносити передоплату до прийняття рішення щодо фінансової медичної допомоги. Під час розгляду вашої заявки адміністрація лікарні не має право передавати рахунки на інкасо.
- Якщо вам відмовлять у фінансовій допомозі, ви можете подати апеляцію. Відомості щодо цього розміщено в повідомленні від адміністрації лікарні. Ви також маєте право оскаржити суму фінансової допомоги. Інформацію про те, як подати апеляцію, можна знайти в листі про рішення.
- Адміністрація лікарні не може надсилати неоплачені рахунки до колекторського агентства впродовж щонайменше 180 днів після виставлення першого рахунка на сплату.
- Представникам медичного закладу заборонено приймати правові заходи, зокрема подавати позови, з метою стягнення плати за медичні послуги для пацієнтів, чий дохід не перевищує 400% від федерального прожиткового мінімуму. Інформацію щодо цього можна знайти на вебсторінці: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.
- Адміністрація лікарні може використовувати будь-яку інформацію, надану вами в цій заяві, лише для того, щоб підтвердити ваше право на отримання фінансової допомоги. Такі відомості є конфіденційними, наскільки це дозволено законодавством.
- Представники лікарні не мають права відмовляти вам у наданні життєво необхідних послуг через те, що ви маєте неоплачені рахунки.
- Якщо у вас виникнуть запитання щодо цієї заявки, звертайтеся до працівників Відділу з питань фінансової допомоги лікарні Ellenville Regional Hospital за номером (845)-210-4930.
- Якщо вам необхідна додаткова допомога, щоб заповнити заявку або оскаржити рішення, телефонуйте адвокатам із питань громадського здоров'я (Community Health Advocates) за номером 888-614-5400.

Вимоги прийнятності

Адміністрація лікарні може встановити, що пацієнт відповідає критеріям для отримання знижки на певні послуги в розмірі, що перевищує зазначений нижче, і/або може також надавати пільги в більшому розмірі (порівняно з допомогою, яку передбачено Законом про охорону здоров'я [Public Health Law]) тим пацієнтам, які мають на це право. Крім того, статус іммігранта не є підставою для призначення фінансової допомоги.

Подати заявку можуть такі особи:

- Пацієнти з низьким рівнем доходу, які не мають медичного страхування;
- Недостатньо застраховані особи, які за останні 12 місяців оплачували медичні послуги за свій кошт (сума становить більше 10% (десяти відсотків) від валового річного доходу);

- Пацієнти, які вичерпали ліміт покриття й можуть підтвердити те, що вони не в змозі платити повну вартість послуг;
- Особи, які можуть обґрунтувати свою неспроможність сплачувати доплату та/або франшизу, мають право отримувати знижку (за рішенням адміністрації).

Право на фінансову допомогу мають особи з доходом до 400% від федерального прожиткового мінімуму.

Федеральний прожитковий мінімум (Federal Poverty Levels, FPL) (2024 р.)			
Склад сім'ї	200%	300%	400%
1 особа	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2 особи	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3 особи	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4 особи	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5 осіб	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6 осіб	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7 осіб	\$94,680	\$142,020	\$189,360

Щорічні оновлення можна знайти на вебсторінці <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

Мінімальні облікові ставки

Якщо ви маєте право отримувати фінансову допомогу, ми зменшимо ваші витрати відповідно до вашого доходу за принципом "ковзаної шкали", як це показано в наведеній нижче таблиці.

Рівень доходу	Плата
Нижче, ніж 200% від прожиткового мінімуму	Скасування всіх платежів.
200–300% від прожиткового мінімуму	Для незастрахованих пацієнтів: до 10% від суми, яка була б сплачена за послуги за програмою Medicaid. Для недостатньо застрахованих пацієнтів: до 10% від суми, яка була б сплачена відповідно до розподілу витрат за страховкою такого пацієнта.
301–400% від прожиткового мінімуму	Для незастрахованих пацієнтів: до 20% від суми, яка була б сплачена за послуги за програмою Medicaid. Для недостатньо застрахованих пацієнтів: до 20% від суми, яка була б сплачена відповідно до розподілу витрат за страховкою такого пацієнта.

Адміністрація лікарні може надавати більші знижки пацієнтам, які мають на це право, і/або пропонувати їх особам із вищим рівнем доходу.

Надання розстрочки

Пацієнтам, які не в змозі сплатити знижену ставку за один раз, надаватимуть розстрочку. Щомісячні платежі не мають перевищувати 5% від валового місячного доходу, а відсоткова ставка, що нараховується пацієнту на несплачений залишок (якщо є), 2%.

Запит на підтвердження доходу родини

Укажіть інформацію про доходи пацієнта, дружини/чоловіка й усіх утриманців (як-от, дітей). Під час розрахунку доходу до залучатимуться всі особи, що зазначені в одній і тій самій податковій декларації, а саме платник податків, його утриманці або дружина/чоловік.

Нижче наведено перелік документів, які ви можете зазначити для підтвердження свого доходу. Ви не зобов'язані їх надавати. Можна також показати декларацію про відсутність доходу (якщо у вас його немає).

Ви можете надати документ зі сторінки щодо визначення прав на отримання допомоги (Eligibility Determination Page) від NY State of Health Marketplace. Якщо він у вас є, вам не потрібно заповнювати дані в наведеній нижче таблиці.

Дохід	Щомісячна сума	Документи, що необхідно надати
Зарплата	\$	На вибір: копія платіжної відомості, лист від роботодавця із підписом і датою (на фірмовому бланку компанії), остання подана декларація про доходи.
Соціальні виплати	\$	На вибір: копія квитанції/посвідчення, лист від Адміністрації соціального забезпечення США (U.S. Social Security Administration), документкопія довідки про щорічні виплати. Щоб отримати копію такого документа, телефонуйте на номер 1-800-772-1213 або відвідайте вебсайт www.ssa.gov .
Допомога у зв'язку з безробіттям	\$	На вибір: копія квитанції/посвідчення, довідки про щомісячні виплати від Міністерства праці штату Нью-Йорк (NYS Department of Labor), копія платіжної картки (з роздруковкою), лист від Міністерства праці штату Нью-Йорк, витяг про рахунок одержувача з вебсайту Міністерства праці штату Нью-Йорк www.labor.state.ny.us .
Допомога у зв'язку з інвалідністю	\$	На вибір: копія квитанції/посвідчення, лист від Адміністрації соціального забезпечення, копія довідки про щорічні виплати. Щоб отримати копію такого документа, телефонуйте на номер 1-800-772-1213 або відвідайте вебсайт www.ssa.gov .
Компенсація працівникам	\$	Копія квитанції або платіжної відомості.
Аліменти / допомога на дитину	\$	Копія судового рішення або чеків/квитанцій про виплати за 3 місяці.
Дивіденди/відсотки	\$	Звітність про дивіденди за 1 місяць або квартал.

<u>Дохід</u>	<u>Щомісячна сума</u>	<u>Документи, що необхідно надати</u>
Інше	\$	Лист із зазначенням суми доходів, не пов'язаних із трудовою діяльністю (якщо такі є), наприклад, дохід від оренди, непостійний зарібок тощо.
Без доходу	0\$	Підписана заява про відсутність доходів.